

## Systematic review and meta-analysis comparing outcomes following orchidopexy for cryptorchidism before or after 1 year of age

### Revisión sistemática y metaanálisis comparando los resultados de la orquidopexia para el tratamiento de la criptorquidia antes o después del año de edad

B. S. R. Allin, E. Dumann, D. Fawcner-Corbett, C. Kwok y C. Skerritt, on behalf of the Paediatric Surgery Trainees Research Network

DOI: 10.1002/bjs5.36

**Antecedentes:** Las guías clínicas actuales recomiendan efectuar la orquidopexia para el tratamiento de la criptorquidia a los 12 meses de edad, a pesar de que no hay adherencia universal a esta recomendación. El objetivo de esta revisión sistemática y metaanálisis fue comparar los resultados de las orquidopexias realizadas antes y después del año de edad.

**Métodos:** Se realizó una búsqueda en Medline y Embase (septiembre 2015) usando términos relacionados con criptorquidia, orquidopexia y resultados de interés. Los estudios se consideraron elegibles para su inclusión cuando comparaban orquidopexia <1 años de edad (tempranas) con orquidopexia ≥1 año de edad (tardía) y presentaban datos relativos al objetivo primario (atrofia testicular) u objetivos secundarios (potencial de fertilidad, complicaciones postoperatorias, malignización). Se excluyeron los estudios cuando >50% de los niños presentaban testículos intraabdominales o cuando la población de estudio incluía niños con alteraciones de la diferenciación sexual. Se identificaron estudios adicionales a partir de las referencias bibliográficas. Se buscaron datos no publicados en el estudio ORCHESTRA de los autores.

**Resultados:** Se identificaron 15 estudios elegibles a partir de 1.387 artículos. No se observaron diferencias en la tasa de atrofia entre la orquidopexia temprana y tardía (RR 0,64, i.c. del 95% 0,25-1,66,  $n = 912$  testículos). El volumen testicular fue mayor (0,06 ml más, i.c. del 95% 0,01-0,10 ml,  $n = 346$  testículos) y hubo más espermatogonias por túbulo (0,47 más, i.c. del 95% 0,31-0,64;  $n = 382$  testículos) en niños sometidos a orquidopexia temprana, sin diferencias en la tasa de complicaciones (RR 0,68, i.c. del 95% 0,27-1,68,  $n = 426$  testículos). Ningún estudio incluía datos de las tasas de malignidad.

**Conclusión:** Las tasas de atrofia y de complicaciones no parecen ser diferir entre la orquidopexia temprana o tardía, y el potencial de fertilidad podría ser mejor tras la orquidopexia temprana. La imprecisión de los datos disponibles limita la rotundidad de estas conclusiones.

## Predictive performance of factors associated with malignancy in intraductal papillary mucinous neoplasia of the pancreas

### Capacidad predictiva de los factores asociados con la malignidad en la neoplasia mucinosa papilar intraductal del páncreas

M. Heckler, L. Brieger, U. Heger, T. Pausch, C. Tjaden, J. Kaiser, M. Tanaka, T. Hackert y C. W. Michalski

DOI: 10.1002/bjs5.38

**Antecedentes:** La estimación del riesgo de malignidad en la neoplasia mucinosa papilar intraductal (*intraductal papillary mucinous neoplasia*, IPMN) del páncreas es un desafío clínico. Como base de las pautas de consenso actuales se utilizan, de forma habitual, diversos factores clínicos. Este estudio tuvo como objetivo determinar la capacidad predictiva de los factores de riesgo más habituales.

**Métodos:** Se realizó un metaanálisis individualizado de los factores de riesgo de malignidad en IPMN. De los datos obtenidos se derivaron unas tablas de contingencia y se calcularon la sensibilidad, la especificidad, los valores predictivos negativos y positivos (*negative predictive value*, NPV, *positive predictive value*, PPV) y el cociente de oportunidades del diagnóstico (*diagnostic odds ratio*, DOR). Se calcularon mediante un modelo jerárquico las curvas ROC (*hierarchical summary receiver operating characteristics*, HSROC) para cada factor y el área correspondiente bajo la curva (*area under the curve*, AUC).

**Resultados:** Inicialmente se evaluaron 3.443 estudios. En el análisis de la literatura más reciente (61 estudios) se identificaron 13 factores de riesgo relevantes, que incluían variables clínicas, serológicas y radiológicas. La mayor área bajo la curva HROSC se encontró para la pérdida de peso (0,84) y la ictericia/bilirrubina elevada (0,80), seguida de un aumento en los niveles de antígeno carcinoembrionario (*carcinoembryonic antigen*, CEA) (0,79) o del CA19-9 (0,78). Los factores más sensibles fueron la edad del paciente (71%) y los nódulos murales (65%), mientras que la ictericia/bilirrubina elevada (97%) y el aumento de los niveles de CEA (95%) fueron los más específicos. Ninguno de los factores analizados alcanzó un nivel de predicción positivo o negativo superior al 90%.

**Conclusión:** Ninguno de los criterios establecidos distingue con seguridad las lesiones malignas de las no malignas.

## Assessing the cost of laparotomy at a rural district hospital in Rwanda using time-driven activity-based costing

### Evaluación del coste de la laparotomía en un hospital de distrito rural en Ruanda utilizando el análisis de costes basado en la actividad a lo largo del tiempo

J. Ruhumuriza, J. Odhiambo, R. Rivello, Y. Lin, T. Nkurunziza, M. Shrima, R. Maine, J. M. Omondi, C. Mpirimbanyi, J. de la Paix Sebakarane, P. Hagugimana, C. Rusangwa y B. Hedt-Gauthier

DOI: 10.1002/bjs5.35

**Antecedentes:** En países con ingresos bajos y medianos, la mayoría de los pacientes no tiene acceso a la atención quirúrgica debido a la escasez de personal e infraestructura. La Comisión de Lancet sobre Cirugía Mundial recomendó el acceso a la cirugía en los hospitales de distrito. Sin embargo, en estos entornos sanitarios existe poca información sobre el coste de la laparotomía y la atención clínica asociada.

**Métodos:** Este estudio de costes incluyó a pacientes con procesos abdominales agudos en tres hospitales rurales de distrito en Ruanda en 2015 y utilizó una metodología de cálculo de costes basada en actividades a lo largo del tiempo. Calculamos las tasas de los costes de capacidad para el personal, la ubicación y los costes indirectos hospitalarios y multiplicamos por estimaciones de tiempo para obtener los costes asignados. Los costes de los medicamentos y suministros se basaron en los precios de compra.

**Resultados:** De 51 pacientes con procesos abdominales agudos, se realizó una laparotomía en 19 (39,2%), de los cuales 17 tenían datos completos de costes y fueron incluidos en el análisis de costes. El coste total de un ciclo de atención completo para la laparotomía fue de 1.023,40\$ US, incluidos 427,15\$ US (41,7%) de costes intraoperatorios y 596,25\$ US (58,3%) de costes preoperatorios y postoperatorios. El coste de los medicamentos fue de 358,79\$ US (35,1%), los suministros de 342,15\$ US (33,4%), el coste personal de 150,39\$ US (14,7%), la ubicación de 89,20\$ US (8,7%) y el coste indirecto hospitalario de 82,87\$ US (8,1%).

**Conclusión:** El coste intraoperatorio de la laparotomía fue similar a las estimaciones previas, sin embargo, la planificación para ampliar la capacidad de laparotomía en los hospitales de distrito debería considerar los costes preoperatorios y postoperatorios. La falta de personal y las limitaciones en infraestructura son barreras para la cirugía frecuentemente mencionadas en los hospitales de distrito, pero el personal y la ubicación fueron los costes que contribuyeron en menor medida. En los hospitales terciarios los gastos similares relacionados con la ubicación podrían ser superiores a los de los hospitales de distrito, lo que aboga por la descentralización de estos servicios.

## Effect of informed consent on patients undergoing gastrointestinal surgery and living donor liver transplantation and on their relatives in a developing country

### El efecto del consentimiento informado en pacientes sometidos a cirugía gastrointestinal y a trasplante de hígado de donante vivo y en sus familiares en un país en vías de desarrollo

S. Ray, N. N. Mehta, S. Mehrotra, S. Lalwani, V. Mangla, A. Yadav y S. Nundy

DOI: 10.1002/bjs5.37

**Antecedentes:** El consentimiento informado es un proceso sistemático para obtener permiso antes de realizar una intervención en el ámbito sanitario. En países en desarrollo, obtener el consentimiento informado generalmente se percibe como un ritual solo para cumplir con los requisitos legales. El presente estudio examinó esta realidad a través de la evaluación del proceso de consentimiento informado en pacientes sometidos a cirugía gastrointestinal (*gastrointestinal*, GI), pacientes sometidos a trasplante de hígado de donante vivo (*living donor living transplant*, LDLT) y en sus familiares en base a su comprensión y satisfacción general en la India.

**Métodos:** Se incluyeron todos los pacientes sometidos a cualquier intervención quirúrgica GI o procedimiento de LDLT y a sus familiares durante el período de agosto de 2015 a julio de 2016. Se les administró un cuestionario estructurado cinco días después del procedimiento.

**Resultados:** La mayoría (95%) pudo recordar la naturaleza de su enfermedad, la cirugía realizada (82%) y las complicaciones anticipadas (55%). Entre los familiares, los resultados fueron del 98%, 87% y 70%, respectivamente. El recuerdo se asoció con la edad, la ocupación y el nivel educativo de pacientes y familiares. Los pacientes sometidos a LDLT, sus donantes y sus familiares tuvieron un recuerdo mejor que aquellos tratados mediante otros procedimientos GI ( $P < 0,001$ ). Muchos pacientes manifestaron que el proceso de consentimiento informado era útil y tranquilizador.

**Conclusión:** La mayoría de los pacientes comprendieron los detalles y los riesgos de una intervención quirúrgica, especialmente aquellos que se sometieron a un trasplante de hígado. Los pacientes de países en vías de desarrollo generalmente pueden entender el 'consentimiento informado' y valorarlo.